

Askarise Bağlı Akut Nekrotizan Pankreatit

Yücel ARITAŞ^x

Özet: Pankreatik salgı-kanal akımının tam veya kısmi obstruksiyonu, diğer patogenetik faktörlerin mevcudiyetinde pankreatit gelişimini kolaylaştırabilir. Bu makalede, koledok içerisine yerleşim gösteren *Ascaris lumbricoides*'e bağlı olarak gelişen akut nekrotizan pankreatit konusu tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut pankreatit, *ascaris* infestasyonu

Ascaris-Induced acute necrotizing pancreatitis

Summary: Partial or complete pancreatic outflow obstruction may facilitate the development of pancreatitis if other pathogenetic factors are present. In this paper, the development of acute necrotizing pancreatitis after migration of an *Ascaris lumbricoides* into the common bile duct is discussed.

Key words: Acute pancreatitis, *ascaris* infestation

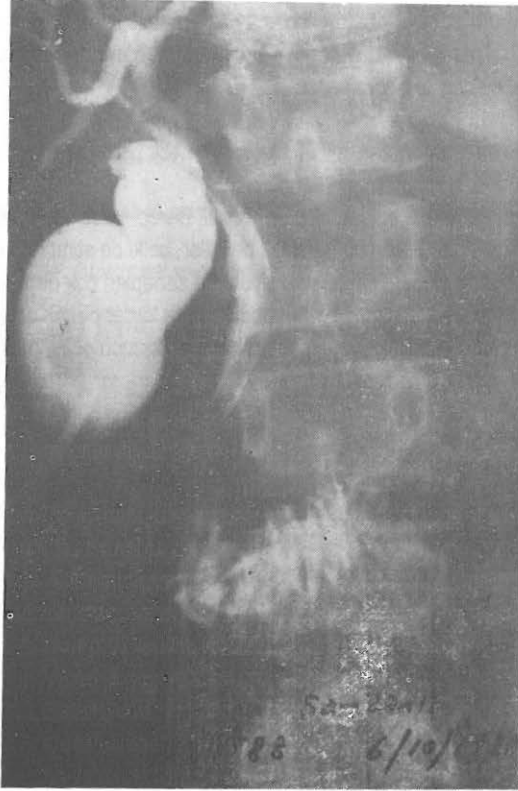
Akut pankreatit, genellikle sırta yayılım gösteren epigastrik ağrı, çeşitli derecelerde ateş, taşikardi, ileus, hemoraji ve şokla seyredilen klinik bir sendromdur (1,2). Bütün bu patolojik belirtiler, belki de stimüle pankreas kanalının tam veya kısmi bir obstruksiyonu sonucu oluşmaktadır (1,3,6). Bu obstruksiyonun sebepleri çok değişiktir. Duktal çıkıştaki tümöre bağlı bir obstruksiyondan hücre membranı seviyesindeki bir metabolik bloka kadar birçok olay etken olarak gösterilmiştir (2,3). Bu makalemizde, askaris infestasyonuna bağlı koledok obstruksiyonu sonucu gelişen bir akut nekrotizan pankreatit vakası takdim edilmekte ve konu çeşitli açılardan tartışılmaktadır.

Vaka Takdimi

N.Ş. 36 yaşındaki kadın hasta, 441988 Protokol No'su ile 27-9-1988 tarihinde epigastrik bölgede daha fazla olmak üzere tüm karın ve sırt bölgesine yayılan şiddetli ağrı nedeniyle başvurdu. Anamnezinden 5-9-1988 tarihinde akut apendisit ön tanısıyla başka bir hastanede apendektomi yapıldığı, 12-9-1988 de ise akut pankreatit ön tanısıyla tekrar aynı hastaneye kabul edilerek tedavi edildiği öğrenildi. Müracaatında TA: 100/60 mmHg, Nabız: 120/dak. BUN ve kan elektrolitleri normal değerlerde, total protein % 4.9 gr, albumin: % 2.4 gr, serum amilazı: 345 Ü, Alkalem fosfataz: 179 Ü, Bilirubin: % 0.8 mg, Calcium: % 7.8 mg, Hb: % 12 gr, Htc: % 34, Lökosit: 8000/mm³ idi. Fizik muayenede, karın distandü bulundu, yaygın bir muskuler defans vardı. Barsak sesleri hipoaktifti. Ultrasonografik tetkikte pankreas hafif ödemli idi, abse veya psödokist olabileceği bildirilen semisolid bir lezyona sahipti. Safra kesesi ve safra yollarında bir patoloji tanılanmadı. Hastaya NG sonda ve idrar sondası takıldı. Sentral Venöz Basınç kontrolü altında IV sıvı verilmeye başlandı.

^x Erciyes Üniversitesi, Tıp Fakültesi Genel Cerrahi Anabilim Dalı Profesörü

6 saatlik takipten sonra vital bulguların stabil olması üzerine akut karın ön tanısıyla operasyona alındı. Göbek üstü orta hat insizyonu ile laparotomi yapıldı. Eksplorasyonda safra kesesi ileri derecede dilate ve ödemli idi, fakat taş yoktu. Gastrokolik ligament açılarak pankreas incelendiğinde, tüm pankreasın ileri derecede ödemli ve sert olduğu, pankreas üzerinde, omentum majusta, mide ve transvers kolonda akut nekrotizan pankreatite uyar tarzda mum lekelerinin mevcudiyeti dikkati çekiyordu. Ayrıca pankreas başında, anterior yüzde 3x2cm boyutlarında abse tesbit edilerek kültür alındı ve drenaj sağlandı. Pankreatoduodenal bölge ileri derecede ödemli olduğu için koledok eksplere edilemedi. Kesede taş yoktu. Foley tübü kullanılarak kolesistostomi yapıldı. Bu tüpten biligrafın verilerek yapılan radyolojik çalışmada, koledokta askaris olduğu tesbit edildi (Resim 1). Ancak teknik güçlük ve ameliyat sırasında vital bulguların instabil olması nedeniyle koledok eksplorasyonuna girilmedi. Pankreatik abse içine bir adet, pankreas gövdesinin bulunduğu kısma yıkama ve drenaj amacıyla iki adet sump şeklinde lastik tüp konularak ameliyat sonlandırıldı. Postoperatif dönemde trasyolol, cimetidine, spazmolitik ilaç ve antibiotik tedavisi uygulandı.



Resim 1. Kolesistostomi tübü aracılığıyla çekilen kolesistokolanjiografide, koledok içine yerleşim gösteren askaris dikkati çekiyor.

Bu arada postoperatif 1. ve 2. gün kolesistostomi tübünden antihelmintik ilaçlar normal dozda olarak ve ezilerek verildi. Ayrıca postoperatif 3 gün süreyle pankreas loju, 5000 cc/gün % 0.9'luk Na Cl ile devamlı olarak yıkandı. Rutin sıvı tedavisine ek olarak kuru plazma ve protein hidrolizatları da belli bir şema dahilinde uygulandı. Post op. 7.gün kolesistostomi tübünden biligrafın verilerek çekilen grafilerde askarisin koledocu terkettiği anlaşıldı. Yine hasta post op. 7. gün oral yolla beslenmeye başladı ve komplikasyon gelişmedi. 11-10-1988 tarihinde ve kolesistostomili olarak ve antihelmintik ilaç reçetesiyle taburcu edildi. 22-11-1988 tarihinde kontrole gelen hastada yine kolesistostomi tübünden yapılan radyolojiktetikte koledokta bir patoloji saptanmadı. 24-11-1988 tarihinde kolesistektomi yapıldı. Ameliyat sırasında pankreas hala hafif ödemli idi. Post op. dönem olaysız seyretti ve 5. gün hasta şifa ile taburcu edildi.

Tartışma

Akut pankreatitin etyolojisinde, metabolik, mekanik, vaskuler faktörlerle, infeksiyon ayrı ayrı sorumlu tutulmuştur (3). Ancak hastaların çoğunda, akut pankreatit; mekanik faktörlerden safra yolları hastalığı ve metabolik faktörlerden alkalizm ile birlikte görülmektedir.

Safra yolları hastalıklarından kolelithiasis, akut pankreatitli hastaların 2/3 ünde etyolojik nedendir (1,5,6). Ancak safra taşı mevcut olan hastaların ancak % 5'inde pankreatit gelişir (1,6). Ampulla Vateri'ye oturmuş-yerleşmiş taş, pankreatik kanal içine safra reflux'üne neden olabilir, ancak pankreatitli hastaların % 3-5'inde bu tip taşlar tarif edilmiştir (2). Bilier pankreatitli olarak kabul edilen hastaların çoğunda taşlar safra kesesinde bulunur (1). Bazı yazarlara göre ise, koledoktaki küçük taşlar ampullayı geçici olarak tıkayarak, pankreatite neden olurlar (1,3). Akut pankreatit atağından sonra gaitada safra taşları gösterilmiştir (1). Acosta, safra taşlarına bağılı akut pankreatitli hastaların operasyonunda % 63 vakada ampullada impakte taş bulunduğunu bildirmiştir (1). Cerrahi veya endoskopik yöntemle bu obstruksiyonunun giderilmesi, akut pankreatit seyirinde dramatik bir iyileşme sağlamaktadır (5,6). Takdim ettiğimiz hastada anemnez ve ameliyat bulgusu olarak safra yollarında taş tesbit edilmemiştir. Bunun haricinde alkalizme bağılı duodenit veya peptik üsere sekonder duktal obstruksiyon ve ödem akut pankreatite başlatıcı sebep olabilir (2,3). Alkole bağılı pankreatitte, alkolün direkt toksik etkisi yanında nutrisyonel değişiklikler ve gastrik hipersekresyon da etyolojide rol alabilir.

Pankreatik kanalın basit tıkanması, pankreasta ödem, daha sonra atrofi ve fibrosise yol açar, fakat pankreatit gelişmez (3). Pankreatik akımın kısmi veya tam obstruksiyonu (pankreatik kanal taşı, ampullaya impakte taş, tümörler, inflamatuvar striktürler, epitelial metaplazi, Oddi sfinkterinde spazm, Ampulla Vateri'de ödem ve inflamasyon, askaris infestasyonları) pankreatik sekresyonun stimülasyonu veya vasküler hasar gibi diğer patogenetik faktörlerin de etkisiyle akut pankreatite yol açabilir (1,2,3). Takdim ettiğimiz hasta bu kategoriye girmektedir. Askarisin duodenumdan ampulla Vateri'yi geçerek koledocu ulaşması hastamızın müracaatında kolik tarzında çok şiddetli bir ağrıya da sebep olmuştur. Safra akımı tam olarak engellenmediği için sarılık tablosu ortaya çıkmamıştır. Askerise bağılı ampulla Vateri ödemi ile, Oddi sfinkterinde spazmın ve pankreatik akımın kısmi obstruksiyonunun hastamızda akut nekrotizan pankreatitin başlatıcısı olduğu kanaatindeyiz. Nitemik, tıbbi tedavi ile askarisin koledocu terketmesi sonucu hastamızda dramatik bir iyileşme gözlenmiştir. Winters ve ark. da askarisin pankreatik kanala migrasyonu sonucu akut nekrotizan pankreatit oluşabileceğini ve bunun endoskopik olarak gösterildiğini bildirmişlerdir (7).

Pankreatik abse, akut pankreatitin en ciddi komplikasyonlarından biridir. Şiddetli pankreatik inflamasyon sonucu oluşan devitalize ürünler kontamine olduklarında, süpürasyon ve abse teşekkül eder (4). Bu abseler nadir değildir. Hospitalize akut pankreatitli hastaların % 2-6 sında görülür. Pankreatik abselerde mortalite % 30-50 arasında değişir (4). Hastamız müracaatından 6 saat sonra operasyona alınmış ve pankreas başında abse tesbit edilmiştir. Bu durumda, hastanın anemnezi de dikkate alındığında akut pankreatitin 15 gün önce başladığı ve hastanın akut pankreatitin bu ciddi komplikasyonu nedeniyle başvurduğu anlaşılmaktadır. Bu nedenle Ranson kriterleri (5) ile prognoz arasında ilişki hastamızda kurulamamıştır. Ancak ultrasonografi ile doğrulanan pankreatik abse hastamızda drene edilmiş ve pankreatik loj, diğer yazarların da ısrarla tavsiye ettikleri üzere suction drenaja tabi tutulmuş ve yerleştirilen kateterler aracılığıyla serum fizyolojikle devamlı olarak yıkanmıştır. Bu yöntemin, kapalı drenaj sistemiyle % 44 oranında olan mortalite oranını % 18'e düşürdüğü bildirilmiştir (4).

Hastamızda akut pankreatitin nadir bir etyolojiye dayanması, abse teşekkülü gibi ciddi bir komplikasyonla karakterize olması ve uygulanan tedavi protokolünün isabeti açısından , hastanın takdimi ve literatür verileriyle tartışılması uygun görülmüştür.

Kaynaklar

1. Acosta JM, Peliegrini CA, Skinner DB: Etiology and pathogenesis of acute biliary pancreatitis. *Surgery* 88:118-123, 1980.
2. Frey CF, Bradley EL, Beger HG: Progress in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 167: 282-286, 1988.
3. Howard JM, Ehrlich EW: The etiology of pancreatitis. A review of clinical experience. *Ann Surg* 152: 135-140, 1960.
4. Pemberton J, Nagorney DM, Becker JM et al: Controlled open lesser sac drainage for pancreatic abscess. *Ann Surg* 203: 600-604, 1986.
5. Ranson JHC, Rifkind KM, Roses DF, et al: Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surg Gynecol Obstet* 139: 69-81, 1974.
6. Stone HH, Fabian TC: Gallstone pancreatitis. Biliary tract pathology in relation to time of operation. *Ann Surg* 194: 305- 312, 1981.
7. Winters C Jr, Chobanian SJ, Benjamin SB, Ferguson RK: Endoscopic documentation of Ascaris-induced acute pancreatitis. *Gastrointest Endosc* 30: 83-84, 1984.